



Interface - Comunicação, Saúde,
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Pavan, Cleusa; Castro Trajano, Ana Rita

Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó,
Brasilândia, São Paulo, Brasil

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 18, núm. 1, dezembro, 2014, pp. 1027-1040

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180135772019>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re²alyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Apoio institucional e a experiência da Política Nacional de Humanização (PNH) na Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brasil

Cleusa Pavan^(a)
Ana Rita Castro Trajano^(b)

Pavan C, Trajano ARC. Institutional support and the experience of the National Humanization Policy (PNH) in Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo, Brazil. Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:1027-40.

At a time when experiments with the function of institutional support are being implemented in many public healthcare services in Brazil, it becomes necessary to analyze and share the experiences so that the effects that such actions imprint on healthcare practices within Brazilian Health System (SUS) can be evaluated and boosted. Starting from contextualization of the origins and transformations of the tool concept of institutional support, the clinical, political and institutional dimensions of the support function were affirmed and the methodology and effects of the experience of institutional support on the teams of workers and managers in the healthcare districts of Freguesia do Ó, Brasilândia, São Paulo (2010-2012), were made clear.

Keywords: Institutional support. Humanization. Brazilian Health System. Support function.

No momento em que se experimenta o exercício da função apoio institucional em inúmeros serviços de Saúde Pública no Brasil, faz-se necessário analisar e compartilhar experiências para que se possam avaliar e potencializar os efeitos que tal ação imprime às práticas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Partindo-se de uma contextualização a respeito das origens e devires do conceito-ferramenta apoio institucional, afirma-se a dimensão clínico-político-institucional da função apoio e explicitam-se a metodologia e os efeitos da experiência de apoio institucional a equipes de trabalhadores e gestores da região de saúde da Freguesia do Ó-Brasilândia, São Paulo (2010-2012).

Palavras-chave: Apoio institucional. Humanização. Sistema Único de Saúde. Função apoio.

^(a) Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde. Rua Padre Machado, 246, casa 1, Saúde. São Paulo, SP, Brasil. 04127-000. cleusapavan@gmail.com

^(b) Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde. Belo Horizonte, MG, Brasil. aritatrajano@yahoo.com.br

Apresentação

A Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) é hoje realidade expressiva no cenário da saúde pública em nosso país. Em seus dez anos de existência, contamos com um acúmulo considerável de forças, sendo testemunhas disso: i) o engajamento de inúmeros trabalhadores, gestores e usuários do SUS num movimento de mudança dos modos de atenção e gestão da saúde, em hospitais, maternidades, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), em equipes gestoras municipais e estaduais, dentre outros; ii) a realização de processos de formação de apoiadores institucionais para o SUS na quase totalidade dos estados brasileiros; iii) a consistente produção de conhecimentos expressa em livros, artigos, revistas, vídeos, cartilhas, CDs, etc.; iv) as inúmeras teses de mestrado e/ou doutorado em circulação pelas universidades e serviços de saúde; v) a Rede HumanizaSUS; vi) o banco de experiências, a Mostra HumanizaSUS, etc.

Desde os primeiros tempos temos experimentado essa política pública do SUS como **um dever referência** para a construção de práticas de saúde na quase totalidade dos estados brasileiros.

Muito investimento – de desejo, tempo, recursos teórico-tecnológicos, vontade política, afeto – tem sido os ingredientes capazes de contagiar, afetar e conectar sujeitos, formando uma das mais quentes e potentes redes de sustentação de movimentos no campo da saúde dos últimos tempos.

Um dos recursos fundamentais e estratégicos para a capilarização e sustentabilidade da PNH nos termos em que ela se apresenta nacionalmente é o apoio institucional, objeto de reflexão do presente texto.

Tal reflexão estará alicerçada numa experiência concreta de trabalho, a experiência^(c) do apoio institucional a uma região de saúde da Freguesia do Ó, Brasilândia/SP.

^(c) Tal experiência teve a participação de Bruno Mariani Azevedo e Marilene Wagner, ambos consultores da PNH/MS, em momentos diferenciados do percurso.

Origens e devires do conceito/ferramenta apoio institucional

Para situarmos este conceito num tempo recente, retomemos as discussões disparadas por Campos¹ quando faz a crítica aos processos de trabalho em saúde e ressalta neles a prevalência dos princípios tayloristas expostos no livro *Princípios de Administração Científica*. A partir daí, Campos elabora uma contraproposta de organização institucional – o *fator anti-Taylor* –, colocando no centro de suas preocupações a democratização do poder nas instituições. Sua principal crítica recai sobre a concentração de poder por meio da disciplina e do controle, denominada de Racionalidade Gerencial Hegemônica.

Nesse processo de questionamentos é que se formula o chamado método Paideia, numa revisita aos gregos que lhe davam o sentido de formação integral do seres humanos. Ainda, conforme seu próprio relato, Campos segue inspirado no hábito de fazer rodas em escolas de educação infantil (recursos do construtivismo sócio-histórico em pedagogia) e na cultura do samba – rodas de samba, propondo-se a chamar seu método de Método da Roda¹. É nesse movimento de construção de um novo modo de organização do processo de trabalho em saúde, que serão elaborados então o **Método da Roda** como um método de apoio a processos de cogestão e a noção de **apoiador institucional** como um sujeito estratégico para a mudança das práticas institucionais. Apoiador entendido como o agente que exercita o Método da Roda, em contraposição às noções/funções de assessor, consultor, supervisor, conforme denominações da Teoria Geral de Administração.

Campos dialoga e também se distancia, por outro lado, das práticas da psicanálise e da análise institucional, que operam com analistas ou supervisores institucionais na perspectiva de também se contraporem à racionalidade gerencial hegemônica. Nesse caso, poderíamos dizer que a função do apoiador se diferencia das do supervisor e do analista institucional no sentido de que o apoiador, além de contribuir com a ampliação da capacidade dos sujeitos colocarem em análise seus processos de trabalho e suas instituições, oferta ferramentas/dispositivos – para além da escuta, análise e processamento dos “não ditos”, dos “pontos cegos”, das implicações – a partir dos quais são possíveis construções coletivas de gestão compartilhada.

Diferentemente da figura do supervisor – que se coloca de fora do grupo e seria portador de uma “super-visão” dos processos e grupais –, o apoiador institucional exerce função de apoio às equipes/coletivos, contribuindo na gestão e organização de processos de trabalho a partir de ferramentas gestadas nos contornos de uma nova concepção de gestão do trabalho em saúde e elegendo o Método da Roda como contraponto à racionalidade gerencial hegemônica.

Nesses termos, o apoio institucional se coloca então como uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, apoiando processos de mudança em grupos e organizações, processos de cogestão do trabalho, em oposição ao autoritarismo/centralização de poder nas práticas de saúde¹.

Essas formulações vão ganhar força com a criação da PNH a partir de 2003. Pautada na democracia institucional e na autonomia e protagonismo dos sujeitos, a PNH elege a função apoio e o apoiador institucional como estratégicos para a ampliação da capacidade de reflexão, entendimento, análise de coletivos e potência de interferência dos diferentes atores do campo da saúde².

A partir de 2006, iniciam-se os processos de formação de apoiadores para a PNH, cuja marca central é a metodologia de formação/intervenção. Uma concepção de formação que enfatiza os princípios da inseparabilidade entre formação e intervenção, formação e análise dos processos de trabalho, formação e planejamento/avaliação, entendendo que se aprende a função apoiador institucional no próprio exercício do apoio, por meio de práticas que deflagram processos de mudança no cotidiano laboral do SUS.

Por essa época o coletivo nacional da PNH faz uma aposta radical na formação de apoiadores como função estratégica para a capilarização da política em todo o território nacional e, a partir daí, as formulações sobre apoio institucional ganham um impulso considerável.

Conforme formulações de 2006, o apoiador institucional presta apoio a processos de mudança nas organizações, misturando e articulando conceitos e tecnologias advindas da análise institucional e da gestão, entre outros. Como tarefa primordial do apoio, postula-se a oferta de suporte ao movimento de mudança deflagrado por coletivos, buscando fortalecê-los no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processos de mudança².

A função apoio é, então, concebida como “chave para a instauração de processos de mudança em grupos e organizações, porque o objeto de trabalho do apoiador é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde”² (p. 19).

Nessa medida, o trabalho de apoiador é formulado como sendo “sempre uma ‘tarefa em ato’, em intervenção, conceito chave para sua ação política, clínica e institucional”² (p. 19).

De 2006 até os dias de hoje, os processos de formação de apoiadores realizados vêm dando notícias da complexidade da tarefa de qualificação de profissionais para tais ações, e vêm propiciando, ao mesmo tempo, uma resignificação e um redimensionamento do conceito e da potência do apoio institucional a partir da constatação ao vivo e a cores dos graus de interferência que a diversidade dos sujeitos e dos territórios imprimem às possibilidades do exercício do apoio institucional.

Apoiadores institucionais forjam-se numa vida de experimentações múltiplas, sendo os processos de formação-intervenção apenas uma dentre as inúmeras linhas de força potencializadoras de condições para o exercício da função. Não raro, nos havemos com situações em que prontidões, aparentemente inequívocas, para o exercício da função não se transformam em habilidades favoráveis enquanto que disposições iniciais desprovidas, também aparentemente, de requisitos importantes, transformam-se, rapidamente, em condições extremamente potentes para ações políticas, clínicas e institucionais, durante os processos de formação³.

Apoio institucional: uma ação clínico-político-institucional

Enquanto trabalhadores do campo da saúde, campo de práticas, social e historicamente determinadas – campo de análise, de clínica, de produção de saberes, poderes e mundos, etc. –, os apoiadores institucionais são sujeitos produtores de realidades materiais e imateriais. Suas práticas produzem efeitos nos modos dos sujeitos estarem consigo mesmos – com seus prazeres, suas dores – e com o mundo; produzem efeitos, também, nos modos como as instituições produzem saúde e se reproduzem. Portanto, tais práticas nunca são neutras. Práticas produtoras de realidades são sempre (ações) políticas na medida em que interferem, produzem desvios, possibilitam outros arranjos no curso das vidas⁴.

A ação do apoiador institucional é política, clínica e institucional na medida em que é ação de interferência. Interferir com uma situação, com as diferentes forças que compõem uma dada instituição – em nosso caso a saúde, com os sujeitos, saberes e poderes que a configuram –, é atravessar territórios institucionais, habitando-os, acionando forças onde imperam formas instituídas e produzindo, com eles, um fora (instituído), novas formas de estar nas relações e em relação².

Intercessão, segundo Deleuze e Guattari⁵, diferentemente de intersecção, mero cruzamento de linhas que se conectam, porém, não se compõem, implica em ação produtora de zonas de comum^(d), de encontros, de contágio, de inteligência coletiva. Enquanto função intercessora o apoiador inclui, articula, conecta, embaralha posições e lugares instituídos, produzindo estranhamento naquilo que parece óbvio. Acionando forças onde imperam formas, engessamentos, burocratizações, sua função é de perturbação, de insubmissão. É a função de quem está vivo nos espaços concretos onde a vida pulsa, de quem está poroso às possibilidades de mudança, às brechas. Função de subversão do instituído. Função que se faz no entre: entre sujeitos, saberes, poderes, instâncias de atenção e gestão, instituições; no limite das formas. Função de ajudar grupos a recriarem modos de ação e modos de subjetivação.

O apoiador tem como compromisso ético-político a amplificação de redes, amplificação da vida. Antes de tudo, ele apoia um modo de fazer, não o que deve ser feito. Caminha incluindo, comprometido com lateralizações e construindo metas no próprio caminhar. O que deve ser feito nunca está previamente definido.

Inclusão de sujeitos, estar com, estar ao lado, acolher, construir planos de trabalho, tendo como aposta mudanças de posturas, pressupõe ação intensivista^{(e)2}, investimento também na duração. A dimensão *cronos* do tempo tem aqui um papel importante. Ações meramente pontuais não possibilitam construção de grupidades, análises de contexto, identificação de situações potenciais para interações e composição de projetos capazes de modificar realidades.

Além de se fazer na duração, ou seja, implicar um investimento de tempo, e durante um certo tempo, o apoio intensivo é investimento de desejo, de afeto, de ideias. É vontade de interferir, **de fazer diferença**, de contribuir com a ampliação da capacidade de análise de sujeitos e coletivos rumo a transformação de modelos tradicionais de atenção e gestão da saúde. Pressupõe **capacidade para construir soluções compartilhadas, ofertando** diretrizes e dispositivos de intervenção para a referida transformação. Implica em disponibilidade para o acompanhamento/ avaliação de processos de intervenção, percurso que se faz **com** o outro e não para o outro ou pelo outro.

^(d) Antonio Negri e Michael Hardt (*Commonwealth*, 2009), ocupados com a produção do “comum”, definem tal conceito como o produto de nossa interação social, comunicação, linguagem, afetos e relações, para além dos bens naturais (água, terra, florestas, etc.).

^(e) Ações intensivistas, apontadas aqui pelos referidos autores, diferenciando-se, num primeiro momento, de ações extensivistas, tradicionalmente apropriadas para enfrentar problemas de grande magnitude, estaduais ou federais, tais como, as ações de vacinação por meio de campanhas orquestradas.

Todo um regime de sensibilidade está envolvido no exercício dessa função. Afetar e se deixar afetar, produzir referência, construir suportes para as desestabilizações envolvidas em processos de mudanças, abertura para o inusitado, são condições que não podem faltar no cardápio do apoio.

Para tanto, não pode faltar também um grupo de referência para quem exerce essa função. Todo apoiador precisa de apoio⁶. Precisa estar em contato com outros apoiadores, trocando experiências, discutindo “casos”, atualizando-se em termos bibliográficos, habitando espaços de processamento de dificuldades, conflitos, angústias, refletindo sobre os modos de fazer, sistematizando saberes, e publicizando suas práticas.

Por fim, o apoio comporta uma metodologia de trabalho.

Metodologia do apoio institucional

⁽⁶⁾ Situada na região Norte da cidade de São Paulo

Neste âmbito, estaremos em contato com as **temporalidades** do trabalho do apoio intensivo, levando-se em conta a **experiência do apoio à região da Freguesia do Ó-Brasilândia/SP⁽⁶⁾**.

Sistematizamos aqui diferentes momentos da metodologia.

Contrato de trabalho: análise de demanda, construção compartilhada de planos de intervenção e definição dos âmbitos do apoio

Todo trabalho de apoio inicia-se por um contrato entre apoiador e instituições e/ou equipes de trabalhadores que demandam apoio para a PNH. Essa atividade está direcionada à construção dos parâmetros para a ação do apoio e engendra um tempo de **análise de demanda** e construção coletiva (demandantes e apoiador) de entradas no território demandante, **construção de planos de ação** para a implementação de mudanças nos modos de atenção e gestão da saúde e nos modos de subjetivação dos atores com eles implicados.

Análises de demanda comportam dimensões de intervenção pois, no ato mesmo de trabalhar em grupo uma “encomenda” (dirigida ao apoiador institucional), ou seja, no ato mesmo de se trabalhar uma solicitação formal, consciente, deliberada, de um gestor ou de trabalhadores de um serviço, é possível fazer aparecer as linhas de produção desta encomenda – **necessidades** e **desejos** não ditos de quem a formulou –, e construir de maneira participativa um mapeamento dos campos problemáticos definidos como prioritários para investimentos transformadores.

É possível, então, realizar desde aí uma passagem importante. Exemplificando, diante de uma demanda de apoio para a “implementação de Acolhimento e Classificação de Risco em todos os serviços”, formulada por uma coordenação de um Grupo de Trabalho de Humanização-GTH de uma região de São Paulo (Freguesia do Ó-Brasilândia), o trabalho de escuta e análise teve início, exercitando o método da inclusão. Em reuniões do GTH, com a participação de aproximadamente trinta trabalhadores e/ou gestores, os primeiros tempos foram de investimento na construção da própria grupalidade em questão. Podemos dizer que ali se apresentava um ajuntamento de representantes de unidades de saúde ou “um conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo que se reúnem em torno de uma tarefa, durante um tempo determinado”⁷ (p. 10), tarefa

muitas vezes prescrita por alguma instância superior. Os primeiros trabalhos destinaram-se à emergência de um grupo minimamente inventor de sua própria organização, sinalizador de suas dificuldades/prioridades, e organizador de um plano de trabalho envolvendo interesses comuns.

Muitas reuniões e processamentos de situações delicadas foram necessários, tendo sido o próprio grupo o objeto inicial e principal do investimento do apoiador institucional nesse trabalho.

No processo, um primeiro consenso foi se fazendo em torno da necessidade de processamento de ansiedades e angústias relativas ao modo arbitrário de transferência da gestão administrativa dos serviços para organizações sociais, com mudanças de regimes de contratação dos trabalhadores, imposições de condições para a permanência, dispensas, etc.

Muita indignação, revolta, choro e identificação de efeitos desagregadores e diminuidores da força coletiva dos trabalhadores deram o tom para alguns meses de trabalho. Findo, foi possível produzir um desfecho bem importante para esses primeiros tempos de encontros, tempos de construção das condições de possibilidade de uma ação mais abrangente do GTH no território. Uma grupalidade saiu razoavelmente consolidada nos termos de um pertencimento ao grupo, por escolha e não por imposição dos “superiores”, num registro de desejo de composição para o enfrentamento de questões em relação as quais estavam se sentindo extremamente solitários e impotentes. Foi possível alinhar um “comum”^(g) em torno **da vontade de interferir nos modos de gestão dos serviços de saúde no território**. Romper com o modo verticalizado e autoritário de gestão, e articular os serviços para potencializar recursos, foram os nortes apontados como merecedores da concentração de forças daquele coletivo organizado na região.

Assim, essa análise de demanda teve a importante função de fazer trabalhar a “encomenda” e produzir, de maneira compartilhada, um outro objeto de investimento: cogestão e redes e um plano de trabalho com tais diretrizes e dispositivos associados.

Objeto e Plano de Trabalho definidos são os componentes a partir dos quais um contrato de apoio institucional se explicita e pactuações se compõem. Lançando-se num fazer com, o apoiador/PNH conta com sua “maleta de ferramentas”^(g) e todo o acúmulo teórico-tecnológico-vivencial que sua trajetória de vida lhe proporcionou.

Os **próximos passos do trabalho de apoio**, então, dizem respeito ao acompanhamento da grupalidade responsável pela implementação do Plano de Trabalho construído.

Acompanhamento avaliativo da implementação dos planos de trabalho

No caso do apoio à Freguesia do Ó-Brasilândia, o plano de trabalho definido incluiu a realização do I Encontro de Humanização da FÓ-Brasilândia, com o tema “Gestão Participativa e Redes”, precedido de um amplo processo de preparação.

Tal encontro foi concebido como um acontecimento estratégico, a serviço tanto da difusão/contágio da PNH, quanto da preparação de terreno para ampliação dos efeitos das ações de humanização no território.

A fase preparatória teve duração de quatro meses e dela fizeram parte Oficinas de Gestão Participativa e Redes com diferentes atores e instâncias envolvidas com a produção de saúde do território: trabalhadores de 29 serviços, conselheiros, gerentes, supervisão técnica e Organização Social^(h).

^(g) Fundamentalmente, constam da maleta de ferramentas-PNH, além dos princípios e método de trabalho da política, as diretrizes com seus dispositivos associados. Diretrizes são as orientações/direções gerais tais como as da Clínica Ampliada, Cogestão, Valorização do Trabalho, Acolhimento, Saúde do Trabalhador, Defesa dos Direitos do Usuário, etc. Dispositivos são agenciamentos coletivos concretos para a efetivação das diretrizes: Equipe Transdisciplinar de Referência, PTS, GTH, Colegiado Gestor, Contrato de Gestão, PFST, CAP, Classificação de Riscos, Carta Direitos dos Usuários, Ouvidoria, Projetos Cogeridos de Ambiente, Gerência de porta aberta.

^(h) Nesse território, como efeito da política de terceirização, predomina a Associação Saúde da Família, Organização Social, contratada para fazer a gerência dos serviços de saúde na região.

As oficinas nos serviços colocaram na roda questões para serem trabalhadas em grupo e, posteriormente, em plenária: *"O que é a cogestão?"*; *"Condições para a cogestão"*; *"O que dificulta?"*; *"Como fazem (aqueles que fazem) a cogestão?"*.

A partir dessa atividade de "mapeamento" da compreensão/interpretação que se tinha sobre o tema, foram discutidos textos e organizadas as agendas dos serviços para a continuidade da reflexão a partir de ensaios de experimentação de um dos dispositivos de cogestão: reuniões de equipes, reuniões gerais, organização de conselhos gestores, etc.

As demais oficinas: com gerentes, conselheiros e supervisão, tiveram durações diferenciadas, levando-se em conta a aridez das relações e a indisposição inicial para estar junto. Foi preciso um trabalho de discriminação das funções e proposições dos consultores do MS em relação à SMS-SP para que um clima de confiança fosse se estendendo, propiciando um clima para falas mais francas.

Durante esses quatro meses de preparação, o GTH continuou se reunindo, avaliando o percurso, reorientando rumos, resolvendo questões para a realização do I Encontro.

Nesse percurso, o trabalho dos apoiadores-consultores da PNH foi o de acompanhamento dos movimentos **do e com** o GTH, participando de reuniões regulares e extraordinárias do GTH, ofertando ferramentas conceituais e analíticas, coplanejando, coorganizando, coavaliando os movimentos, **contribuindo, enfim, para ampliar a capacidade de reflexão, entendimento, análise e interferência dos diferentes atores envolvidos no processo. Ofertando-se, também, como recurso, a distância ou presencial, para o enfrentamento de situações/emergentes em alguns momentos do percurso.**

O **I Encontro de Humanização** aconteceu na forma de uma imersão nas diretrizes cogestão e redes, com seus dispositivos associados e foi bastante exitoso em termos de participação, contágio e construção de um desejo coletivo de levar à frente um trabalho de transformação dos modos de gestão e atenção no SUS da Fó-Brasilândia.

A partir daí, deu-se a construção dos **planos de intervenção de cada serviço**, precedidos por atividades de análise de cenário desses planos. Simultaneamente, o GTH abriu-se para a apresentação e discussão desses planos.

As narrativas sobre o que se tinha deixaram entrever movimentos diferenciados de experimentação. Desde reuniões mensais gerais até um conjunto de dispositivos escolhidos dentre os seguintes: reuniões diárias em torno dos Projetos Terapêuticos Singulares/PTS (caso de Centros de Atenção Psicossocial/CapsInfantil); reuniões semanais de equipes com discussão de casos e construção de PTS; reuniões quinzenais de equipe com discussão de caso clínico-institucional; reuniões com apoiadores matriciais; reuniões de GTH; reuniões de Comissão Técnica Administrativa/CTA; oficinas de integração entre supervisão e Associação Saúde da Família/ASF; reuniões de planejamento e avaliação junto com a comunidade (trimestral por equipe); reuniões com outros equipamentos de outras políticas (escolas, abrigos, Centro de Convivência da Juventude/CCJ, etc.); assembleias com usuários e familiares; reuniões de conselhos gestores, etc.

Tal apresentação dos modos de organização dos serviços e dos planos de trabalho para a cogestão e articulação de sistema (rede) foi evidenciando lacunas conceituais, insuficiência de instrumentos para trabalho com grupos/em grupos e a necessidade de aprofundamento teórico-tecnológico. Necessidade de um **mergulho mais intensivo nos textos relativos a Redes de Produção de Saúde e Gestão Compartilhada**, para o quê, foram definidas **leituras e discussões** em pequenos grupos no espaço das reuniões de GTH e fora dele.

Alguns planos de intervenção ganharam mais consistência, outros não decolaram, alguns serviços demandaram apoio local, o quê, invariavelmente, foi respondido com a implicação de membros do GTH cujo percurso na humanização estava mais avançado, e o movimento foi se ampliando.

Apoio aos desdobramentos

A articulação dos serviços, aquecimento da rede, foi objeto do Plano de Intervenção da Supervisão de Saúde da Fó-Brasilândia e avaliado por nós, consultores da PNH, como um plano a ser apoiado

intensivamente. Enquanto apoiadores institucionais, antenados e abertos ao que pulsa e demonstra maior potência de interferir nos modos de organização de serviços e sujeitos, sabíamos que uma aposta deveria ser feita ali. Com isso, estaríamos investindo em mais uma grupalidade, nessa região, durante mais algum tempo.

Apoio ao plano de intervenção: articulação de todos os serviços da região

A estratégia inicialmente acionada por esse plano de intervenção foi a formação de um Grupo de Trabalho sobre Rede (GT Rede). Um espaço de encontro entre gerentes e trabalhadores de UBS (tradicionais e PSF), Amas, PS, hospitais, Supervisão Técnica de Saúde/STS, Caps, DST-Aids, Programa de Apoio ao Idoso/PAI e Programa de Atenção à pessoa com Deficiência/PAD, Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Nasf, Ambulatórios de Atenção Especializada/AME, visando à construção das condições de possibilidade de se trabalhar em rede.

O chamado à participação teve enorme repercussão e o espaço foi ocupado por gerentes e trabalhadores animados com o ineditismo da iniciativa.

Numa rodada aberta para falas sobre expectativas aparecem relatos de experiências com a diretriz da clínica ampliada por intermédio dos dispositivos: equipe **multiprofissional, Projetos Terapêuticos Singulares**, o que demandava espaços de transversalização, de conversa em rede, para ampliação das possibilidades de acompanhamento/gestão compartilhada dos cuidados. Expectativas que não deixavam dúvidas. A clínica ampliada não aconteceria em sua radicalidade se uma articulação viva entre os serviços não se produzisse! “Integralidade do cuidado inexiste sem rede aquecida”, este era o motivo de estarem ali.

Outros motivos: a possibilidade de virem a trabalhar o território de maneira articulada, deslocando o foco da doença como produção isolada. Possibilidade de sair da solidão, participar de reuniões clínicas de/em outros serviços, vibrar em outros canais; possibilidade de investir na Atenção Primária em Saúde como organizadora do cuidado, etc.

Tais desejos de composição, formulados com esse nível de intensidade entre sujeitos com diferentes percursos, inserções e muitos anos de trabalho em saúde pública, serviram de base para pactuações em torno dos modos de seguir esquentando a rede de encontros, afetos, saberes, poderes e serviços. Foram pactuados encontros mensais destinados, inicialmente, à apresentação/conhecimento dos “nós” da rede: quem somos, que serviços temos, limites e possibilidades, capacidades instaladas, etc., começando pela apresentação das UBS, seguindo pelos Caps, Nasf, AE, DST-Aids, PAI, Hospitais, Amas, PS, compondo um panorama vivo da região.

Sabemos que panoramas vivos expõem linhas de composição no ato mesmo da expressão de seus desenhos, tendo ficado palpável que a tessitura não seria um passo posterior às apresentações, mas também uma cofiação em ato e em várias e diferentes mãos. A cada apresentação dos “nós” da rede estivemos conhecendo e compondo aproximações e laços que já começaram a favorecer contatos, encaminhamentos, cuidados compartilhados, etc.

As perspectivas apontavam também para os tempos de trabalho em que poderiam ser cofiadas as linhas que permitiriam ultrapassagens seja da noção de rede como “rede de atenção à saúde” para a noção de rede como “rede de produção de saúde”⁹, seja das práticas agenciadas **por** e **a partir** dessas noções.

Aqui, tivemos que contar com o inevitável trabalho do tempo e nosso incansável trabalho nele, condição sem a qual produções desejantes simplesmente se volatilizam.

Analísadores produzindo novos desdobramentos e novas frentes de apoio

O trabalho do GT Redes teve sequência e, a partir das apresentações dos serviços, foram emergindo **analísadores**, ou seja, situações de usuários sem equipe responsável, sem destino, com tratamentos interrompidos por falta de articulação dos hospitais com as demais unidades e vice-versa, etc.

Com isso, abriu-se uma nova fase de trabalho: o trabalho de **análise da situação da Atenção em Saúde Mental**. A partir da discussão de cinco casos de usuários de saúde mental – oportunidade que

se demonstrou de uma riqueza sem precedentes –, a palavra circulou e com ela afetos, hipóteses sobre os modelos de Atenção em Saúde Mental operantes no território, constatações sobre as insuficiências de equipamentos e trabalhadores, consensos importantes em termos de mapeamento do campo problemático.

Um ponto crítico reiterado foi a falta de preparo das equipes de UBS e Amas para o acolhimento dos usuários de SM e a falta de retaguarda por parte dos Caps.

O tema do apoio matricial dos Caps às unidades de saúde de seus territórios entrou em cena. Duas lógicas de matriciamento estavam em operação: i) Caps fazendo discussões semanais de casos nas unidades, e se disponibilizando para manejos conjuntos de situações de crise, com responsabilização pelo seguimento; ii) Caps “com portas fechadas”, que nunca se deslocavam para as unidades, mantendo reuniões esporádicas em suas próprias sedes para discussão de casos, indisponíveis para manejos conjuntos.

Outro ponto crítico apontado foi a falta de articulação dos Caps e UBSs com os hospitais e PS quando das internações. Caps e UBS desresponsabilizando-se pelos usuários internados, ausência de Projeto Terapêutico Singular, ausência de ações de prevenção, etc. Tudo isso, balizado pelas constatações sobre a exiguidade do quadro de profissionais e as suas precárias condições de trabalho.

Discussões tensas e intensas **demandavam dos apoiadores institucionais da região, consultores da PNH, um exercício clínico-político de inclusão do conflito, com manutenção das condições de possibilidade de análise em grupo.** Um trabalho viabilizador de deslocamentos de posições e lugares dos sujeitos que, identificados maciçamente com seus serviços, colocavam-se pouco permeáveis a avaliações de conjunto do território, colocavam-se em estado de “guerra” particular.

Com isso, uma inflexão importante se produziu: da análise de casos e das acusações mútuas, passou-se à abordagem responsável da **Linha de Cuidado da Atenção em Saúde Mental.**

Da evidência de dois modelos de atenção em SM em operação na região nasceu a disposição imediata para alinhamentos conceituais e políticos, conversas entre os Caps, Amas, UBS e hospitais, produzindo mudanças imediatas e significativas em termos de responsabilização pelos cuidados, modos de se relacionar em rede, etc. Criaram-se as microrredes⁽¹⁾ de conversação.

Além disso, uma comissão composta por trabalhadores de diferentes serviços iniciou um **“desenho do fluxo da atenção em SM”**, produzindo constatações, questões, sugestões, propostas, etc.

Ressaltaram-se, daí, pontos críticos, tais como, o despreparo da AB/PS/ Amas/Nasf para o acolhimento em SM, falta de profissionais, desarticulação dos serviços, medicalização desenfreada, ao lado de algo mais grave ainda: a **inexistência de um projeto coconstruído de Saúde Mental para o território**, um projeto que revisitasse os princípios da Reforma Psiquiátrica, da Luta Antimanicomial, levando em conta tanto o histórico dos movimentos sociais, e da saúde na Freguesia do Ó, como também, o contexto de experimentação da humanização. Projeto que pudesse emergir enquanto criação coletiva **do e no** território e que extrapolasse os limites de uma administração dos serviços existentes ou de criação de novos serviços.

A questão “como construir um Projeto de SM para o território?” deu passagem para a organização de uma “força tarefa”: um Subgrupo de Trabalho, um GT de SM para i) pensar uma proposta/movimento de construção coletiva do **Projeto de SM da Fó**, incluindo a questão da Formação em SM para trabalhadores de toda a rede de saúde da região; ii) fazer a gestão do trabalho

⁽¹⁾ O território da Fó-Brasília foi dividido em três microrregiões: agrupamentos de serviços/referências para SM com o objetivo do cuidado articulado aos seus usuários.

das microrredes de SM do território; iii) encaminhar as deliberações relativas à questão da falta de psiquiatras, psicólogos, Caps, etc.

O referido GT de SM, desdobramento do GT Redes da Fó-Brasilândia, encontra-se, nesse momento, discutindo os pressupostos de um Projeto de SM, projeto que será objeto de discussão e aprovação por parte dos diferentes profissionais e usuários dos espaços de gestão compartilhada existentes na região.

Assim, uma vez encaminhada a questão da Saúde Mental, o trabalho do GT Redes seguiu com a **análise da situação da Atenção às Urgências e Emergências**, por meio dos analisadores dessa linha de cuidado. Teve lugar outra série de encontros, inclusão efetiva de conselheiros e um redobrado esforço de aproximação com outros serviços essenciais ao aquecimento de uma Rede de Atenção à Saúde: Samu, Corpo de Bombeiros, hospitais estaduais, etc.

Dois temas insistiram com veemência: **i)** a necessidade de investimentos consideráveis na qualificação para o Acolhimento com Classificação de Risco (caso da UE) e Análise de Vulnerabilidade (caso APS); **ii)** a necessidade de envolver a gestão central, na figura da Coordenadoria Norte de Saúde de SP, para além da STS já completamente comprometida com o processo. O tema aqui apontado, refere-se à governabilidade dos atores envolvidos para a sustentação de um processo de articulação de sistema e de produção de saúde no território.

O envolvimento/compromisso da Coordenadoria Norte foi possível a partir de uma outra inflexão, extremamente importante, possível depois de dois anos de trabalho de apoio no território e depois da mudança de gestão da SMS-SP, pós eleição 2012: a articulação dos trabalhadores, gestores e conselheiros da Fó-Brasilândia com outras parcelas do movimento social organizado e da população usuária, moradora da região expresso nas Plenária Populares de Saúde da região.

Plenárias Populares de Saúde, com periodicidade bimensal, foram organizadas, ampliando-se assim a potência do movimento disparado e imprimindo um outro tom às conversas sobre a política de saúde – seus limites, suas potencialidades, as necessidades de ampliação e qualificação do cuidado, os modos de gestão, etc. Um tom de composição de forças, negociação, pactuações com o nível central, deliberações comunitárias.

Nesse âmbito, produziu-se um documento contendo as fragilidades, potencialidades, necessidades e interesses, da população da Freguesia do Ó-Brasilândia, relativos à melhoria das condições de produção da saúde na região. Tal documento foi objeto de discussão da Plenária com a Coordenadoria Norte de Saúde e com o Secretário de Saúde de SP (março de 2013).

Apoio ao grupo gestor do território

A análise da fragmentação das ações macrogestoras da saúde no território conduziu-nos, também, a propor a organização de um espaço de encontro da Supervisão de Saúde da Fó-Brasilândia com a ONG Associação Saúde da Família. Esse grupo se encontra regularmente para compartilhar a gestão da saúde no território. Suas funções são de ordem macropolíticas: planejamento, monitoramento e avaliação da política de saúde em implementação, a partir de análises de situação, elaboração de conflitos, apoio aos movimentos disparados pelos coletivos de trabalhadores e usuários da rede, proposições e definição de prioridades, etc.

Apoio ao Comitê de Humanização da Coordenadoria Norte de Saúde de SP

O Comitê de Humanização da Coordenadoria Norte de SP, outro desdobramento do trabalho de apoio institucional à região, foi criado em 2011, movido pelo contágio das ações da PNH

experimentadas pela Freguesia do Ó-Brasilândia. Seu Plano de Trabalho está dirigido à difusão da PNH nas quatro outras Supervisões de Saúde da Coordenadoria Norte de Saúde de SP.

Apoio ao Comitê Municipal de Humanização (CMH) da cidade de São Paulo

O Comitê Municipal de Humanização de SP, dispositivo criado por trabalhadores do nível central da Secretaria Municipal de Saúde de SP e também apoiado por consultores da PNH-MS, encontra-se atualmente organizando um processo de construção da Política Municipal de Humanização do município de SP, depois de ter realizado (2011) um processo de difusão da PNH envolvendo trabalhadores e gestores das cinco Coordenadorias de Saúde da cidade.

Considerações conclusivas

O percurso expresso neste trabalho de apoio institucional à Fó-Brasilândia, deixa-nos entrever, por um lado, o estágio em que se encontram os investimentos da PNH nessa região e, por outro, os efeitos do referido trabalho na produção de saúde e de sujeitos no território, confirmando-se o **caráter estratégico que o apoio institucional tem para a PNH e para o SUS.**

Do ponto de vista do estágio em que se encontram os investimentos da PNH na região, pautada pela oferta do apoio institucional a trabalhadores e gestores da Fó-Brasilândia, apresenta-se num estágio relativamente avançado de trabalho, num cenário de fértil composição seja com a instância central imediatamente envolvida: Supervisão de Saúde da Fó-Brasilândia e gerentes e trabalhadores dos serviços sob sua gestão e sob gestão da ASF, seja com a Coordenadoria Norte (sob cuja direção estão outras quatro Supervisões de Saúde), que vêm apoiando e se comprometendo com a extensão do movimento para outras STS da região norte.

Do ponto de vista dos efeitos das ações dos GTHs na produção de saúde e de sujeitos no território, embora estejamos em plena fase de implementação e com apenas dois anos de atividade, podemos assinalar, em termos gerais, que as perspectivas são animadoras. Os grupos estão aquecidos, valorizando os espaços de construção e de formação em ato, beneficiando-se bastante com os aportes conceituais oferecidos pela PNH, tais como, as discussões com consultores matriciais da PNH e a presença constante do consultor de referência fazendo o trabalho de apoio intensivo à região.

Houve, ainda, durante o primeiro semestre de 2012, a organização do II Encontro de Humanização da Fó-Brasilândia, com o tema “Da Rede que temos à Rede que queremos”, com a participação de duzentas e cinquenta pessoas e um movimento preparatório de significativo vulto.

Podemos dizer que, levando-se em conta as formulações sobre apoio institucional e os resultados parciais alcançados pelo trabalho de apoio à região da Fó-Brasilândia, tem havido uma sintonia fina entre o que se propugna como função apoio e a prática do apoio em questão.

Mediante rodas cada vez mais inclusivas de trabalhadores, gestores, conselheiros/usuários (mesmo que em níveis menos marcantes), tal trabalho de apoio conseguiu contribuir para a produção, dentre outras coisas, de:

1 Grupaldades com capacidade de sustentar planos de trabalho na região a partir do processamento inicial dos efeitos da privatização dos serviços na vida dos trabalhadores do GTH e no território e a partir da construção conjunta de um olhar sobre o território, suas necessidades, seus acúmulos e aberturas para interferências;

2 Ampliação da capacidade de análise dos sujeitos envolvidos, por meio de: aportes tais como a escuta e a inclusão dos conflitos, oferta do arcabouço teórico-tecnológico da PNH, imersão em

temas de relevância para a qualificação do cuidado em rede, oferta de espaços fóruns de encontro e trocas de experiências tais como o Coletivo Ampliado de Humanização do estado de São Paulo¹¹ etc.;

3 Consolidação dos GTHs como espaços múltiplos de planejamento e acompanhamento das ações disparadas no território;

4 Aumento do grau de implicação e corresponsabilização dos gerentes com a implementação das diretrizes e dispositivos da cogestão e redes;

5 Instrumentalização para a experimentação da gestão compartilhada e articulação dos serviços;

6 Envolvimento de trabalhadores de 29 serviços com a conversa sobre as práticas de gestão em operação em suas unidades e com a construção de planos de intervenção para mudança;

7 Envolvimento de gestores e trabalhadores de hospitais, UBS, Amas, PS, Caps, etc., com um projeto de articulação dos serviços e aquecimento da rede por meio da estratégia da Formação-Intervenção para o Acolhimento com Análise de Vulnerabilidade e Classificação de Risco em todos os serviços da região;

8 Aproximação dos conselheiros com as temáticas da gestão compartilhada, articulação dos serviços e com os princípios, método e diretrizes da PNH; inclusão de conselheiros nos processos;

9 Conversas inéditas entre Supervisão da Freguesia do Ó-Brasilândia e gestores da ASF para um ensaio de macrogestão compartilhada no território;

10 Construção de vínculos;

11 "Reencantamento do concreto": efeito contagiante produzido nos trabalhadores e rompimento com a solidão no enfrentamento das condições adversas de trabalho e de produção de saúde no território.

12 Organização de Plenárias Populares de Saúde, reivindicativas e propositivas, com a participação de usuários, conselheiros, Pastoral da Saúde, Pastoral da Juventude, trabalhadores, gestores, universidades, Coordenadoria Norte de Saúde, Supervisão de Saúde, etc.

A título de conclusão, importante mencionar ainda que, além dos efeitos de formação em ato, formação-intervenção, com mudanças significativas em territórios existenciais e em territórios de saúde, o trabalho de apoio na FÓ-Brasilândia comporta uma dimensão de *difusão* da PNH. Temos sido procurados por trabalhadores da SMS, nível central e de outras regiões da cidade, com demandas de apoio que foram acolhidas nos termos em que definimos no decorrer deste texto, ou seja, inicialmente com escuta, análise de demanda e construção compartilhada de respostas a elas. No caso do contágio dos trabalhadores de nível central, os desdobramentos foram uma parceria com a CRH que propiciou a organização de um processo de difusão da PNH para 160 trabalhadores e gestores de todas as Coordenadorias de Saúde da cidade, concluído em 2011. Além de ampliar a aproximação dos trabalhadores e gestores com a PNH, os objetivos do referido processo foram os de identificar sujeitos com interesse e desejo de participarem de processos de formação de apoiadores institucionais para o SUS em SP-capital.

Os desdobramentos desse processo de difusão se deram por meio da consolidação do Comitê Municipal de Humanização e da construção de cinco comitês macrorregionais de Humanização (Centro Oeste, Sul, Leste, Sudeste e Norte), que se reúnem, mensalmente, para formação, discussão de experiências, planejamento de ações, etc.

¹¹ O Coletivo Ampliado de Humanização do estado de SP é um espaço aberto à participação dos apoiadores institucionais do SUS, afinados com a PNH, e tem como objetivo a discussão da política de Humanização do SUS em SP. Existe desde 2009 e se reúne bimensalmente.

Assim, seguimos nesses territórios imbuídos da convicção de que o trabalho de apoio intensivo, que se traduz em investimentos de saberes, afetos, poderes e em composições de forças é, indiscutivelmente, um fator de ampliação e (re)invenção da vida individual e coletiva, compromisso ético-político da PNH no campo da Saúde Coletiva.

Colaboradores

Cleusa Pavan fez a proposta do artigo a partir de sua experiência com a Freguesia do Fô-Brasilândia/SP, redigiu todo o texto e trabalhou na revisão. Ana Rita Trajano corrigiu o item “Origens e devires do conceito/ferramenta apoio institucional” e também contribuiu no trabalho de revisão do manuscrito.

Referências

1. Campos GW. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
2. Ministério da Saúde. Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
3. Pavan C. O que pode um Curso de Formação de Apoiadores. Cadernos de Humanização-MS: formação e intervenção. Brasília (DF): MS; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 1).
4. Pavan C. Adolescência e juventude na contemporaneidade. Brasília: Secretaria de Educação Média e Tecnológica, Ministério da Educação e Cultura; 2003. (mimeografado)
5. Deleuze G. Conversações. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.
6. Campos GW. O apoio institucional e análise de demanda em saúde ou apoio Paidéia. São Paulo; 2001. (mimeografado)
7. Barros R B. Clínica grupal. Rev Depto Psicol UFF. 1995; 7(1):5-11.
8. Negri A, Hardt M. Commonwealth. Cambridge: Harvard University Press; 2009.
9. Ministério da Saúde. Trabalho e Redes de Saúde. Política Nacional de Humanização. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF): MS; 2009. (Série Textos Básicos de Saúde).

Pavan C, Trajano ARC. El apoyo institucional y la experiencia de la Política Nacional de Humanización (PNH) en la región de la Freguesia do Ó, Barrio de Brasilândia, São Paulo, Brasil. *Interface* (Botucatu). 2014; 18 Supl 1:1027-40.

En el momento en que se experimenta el ejercicio de la función de apoyo institucional en innumerables servicios de Salud Pública en Brasil, resulta necesario analizar y compartir experiencias para que sea posible evaluar y potencializar los efectos que tal acción imprime en las prácticas de salud en el Sistema Brasileño de Salud (SUS). Partiendo de una puesta en contexto en relación a los orígenes y posibilidades del concepto-herramienta de apoyo institucional, se afirma la dimensión clínico-político-institucional de la función apoyo y se explican la metodología y los efectos de la experiencia de apoyo institucional a equipos de trabajadores y gestores de la salud en los barrios de Freguesia do Ó y Brasilândia de la ciudad de São Paulo (2010-2012).

Palabras clave: Apoyo institucional. Humanización. Sistema Brasileño de Salud. Función apoyo.

Recebido em 01/04/13. Aprovado em 22/08/14.